



TITLE:

学会抄録 第196回日本泌尿器科学 会東海地方会

AUTHOR(S):

CITATION:

学会抄録 第196回日本泌尿器科学会東海地方会. 泌尿器科紀要 1997,
43(9): 691-694

ISSUE DATE:

1997-09

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/116022>

RIGHT:

学会抄録

第196回 日本泌尿器科学会東海地方会

(1997年5月24日(土), 於 四日市市文化会館)

手術直前に腎動脈閉塞バルーンカテーテルを留置した腎癌の2例: 伊藤 博, 河合 隆 (一宮市民), 村瀬達良, 鈴木弘一 (名古屋第一赤十字), 大橋一郎 (常滑市民放射線科) 腎癌の経腹的手術において腎静脈から処置ができ出血を低下させる目的にて今回の方法を行った。症例1—44歳男性左腎癌1995年11月手術当日左腎動脈に血管閉塞用バルーンカテーテルを挿入留置した。麻酔導入後このバルーンを膨ませ左腎動脈を閉塞し手術を開始した。腎全体が縮小し腎静脈から先に処置ができた。症例2—63歳男性右腎癌, 下大静脈腫瘍血栓, 症例1と同様に腎動脈を閉塞した。下大静脈にも血管閉塞用バルーンカテーテルを留置し腫瘍血栓摘出の一助とした本法の欠点としては①血管造影が必要となる②腎動脈が2本以上の時は困難となる③カテーテル等のコストがあげられる。しかし腎腫瘍が大きく出血が予想される場合には十分有用性があると考えられる。

透析患者に発症した異時性重複癌の1例: 土田 誠, 佐藤 敦, 渡辺耕平 (聖隷浜松) 66歳, 男性。55歳より慢性腎不全にて血液透析導入。8年来近医にて維持透析中1993年8月, 63歳時にCTにて右腎腫瘍を発見され, 当科紹介。同8月31日右腎摘除術施行。病理診断は腎細胞癌。以後近医にて経過観察されるが1995年12月23日熱発, 両膝痛を主訴に精査加療目的に紹介入院となる。膝関節炎として加療すると同時に血尿尿認められたため膀胱鏡検査施行したところ膀胱腫瘍発見され, 1996年2月20日TUR-Bt施行し移行上皮癌G3の診断。術後1年の現在まで再発転移等認めずに経過している。悪性腫瘍における重複癌の頻度は臨床例では約2~3%と言われているが, 血液透析患者の重複癌の頻度は33.3%と約10倍との報告もある。長期透析患者の日常診療において悪性腫瘍, 特に尿路系や消化器系癌の発症に注意を払うとともに, 重複癌発症も念頭に置いたfollow upが必要と考えられた。

自然破裂をきたした腎細胞癌の1例: 大平智昭, 海野智之, 高山達也, 麦谷荘一 (聖隷三方原), 鈴木和雄, 藤田公生 (浜松医大) 60歳女性。20年前に虫垂炎, 子宮筋腫, 卵巣嚢腫の手術を受けている。1997年1月24日早朝より左側腹部に激痛が出現し, 当院を受診した。エコーにて左腎腫瘍および腎周囲血腫を認めたため, 当科に緊急入院した。左側腹部に腫瘍を触知し, 同部に圧痛を認めた。肉眼的血尿および貧血は認めなかった。腹部CT, MRIにて左腎上極に脂肪成分を含まない径7cmの腫瘍と腎後方中央から下極にかけて血腫を認めたため, 腎癌自然破裂と診断した。1997年2月10日, 左腎動脈塞栓術を行い, 2日後, 根治的腎摘除術を施行した。腫瘍の大きさは7×4×5cm, 病理組織学的診断は, 腎細胞癌, alveolar typeであった。術後インターフェロン補助療法を施行した。3カ月を経過し, 再発転移を認めていない。

右心房に至る下大静脈内腫瘍血栓を伴う左腎細胞癌の1例: 南館謙, 伊藤慎一, 伊藤康久, 土井達朗 (岐阜市民), 出口 隆 (岐阜大), 東健一郎, 味元宏道, 富田良照 (岐阜市民胸部外科) 症例は68歳男性。主訴は両側下肢の浮腫。1996年11月22日当科外来受診。腹部USにて左腎腫瘍を疑われ入院。精査にて右心房に至る下大静脈内腫瘍血栓を伴う左腎細胞癌と診断された。なお, 遠隔転移は認められなかった。1996年12月9日, 体外循環を用いて左腎摘除術および腫瘍血栓摘出術を施行した。出血量は9,885ml, 手術時間11時間5分, 体外循環時間2時間10分であり, 腫瘍血栓の全長は18.5cm, 下大静脈への浸潤はなかった。病理診断ではG2, T3c, N0, V2cであった。術後36日目に退院し, 約5ヶ月経過した現在も生存中である。

インターフェロンαによる溶血性貧血をきたしたと考えられた腎細胞癌の1例: 初瀬勝朗, 古川 亨, 栗木 修, 服部良平 (市立岡崎), 網川常郎 (社保中京) 44歳, 女性。左季肋部の違和感にて他院を受診し左腎腫瘍を指摘され, 1996年11月25日当科に紹介された。腹部CTで左腎に径8cmの腫瘍を認め, 12月16日根治的左腎摘出術を施

行。術中に脾臓, 膵臓に浸潤認め, 脾臓体尾部合併切除を行った。病理診断はRCC, spindle cell, type, G3。肺転移が出現し, インターフェロンα300万単位の連日投与を開始した。投与開始9日目より, Hb尿と発熱が出現し, 中止した。Hb尿は中止後3日目に消失したが, Hbが5.8g/dlまで低下した。ハプトグロビンの低下, 破碎赤血球認め, 薬剤性免疫性溶血性貧血と考えられた。輸血2単位投与したところ再びHb尿が出現したが以後症状は軽快した。

腎細胞癌との鑑別を要した腎腺腫の1例: 鶴 信雄, 伊原博行, 須床 洋 (共立菊川総合), 鈴木和雄, 藤田公生 (浜松医大), 鈴木正章 (慈恵医大病理) 71歳, 男性。エコーで偶然に右腎腫瘍を指摘。精査にて腎癌の疑いが強いとし, 1996年9月18日, 根治的右腎摘出術を施行。腫瘍は径16×14×12mmで被膜で周囲組織と明瞭に分かれていた。最初の病理検査では, ペリニ管癌と診断されたが, 再度の組織診では乳頭型の腎腺腫と確定診断した。術後経過は良好で外来経過観察中である。

腎腺腫は腎皮質に発生する良性の上皮性腫瘍であり, 慢性腎盂腎炎や透析腎との合併も報告されている。また, 発症は近位尿管由来とされているが, 本症例は, レクチン染色を含む各種尿管管マーカーを用いた免疫組織化学診で, SBA, PNA, UEA1などに染まり, 遠位尿管から集合管由来の腎腺腫であることが示唆された。

腫瘍内出血をきたした腎血管筋脂肪腫の1例: 阿部俊夫, 本多靖明, 加藤慶太郎, 岡田正軌, 赤堀将史, 上靖 渉, 水本裕之, 瀧 知弘, 三井健司, 大下博史, 山田芳彰, 深津英捷 (愛知医大) 14歳女性。5歳の時結節性硬化症と診断され, 精神発達遅延, てんかん発作を認めた。1996年12月31日, 発熱, 左季肋部痛にて当院受診。左季肋部に小児頭大の腫瘍を触知し顔面に皮脂腺腫が多発。腎部超音波検査では, 左腎腹側に高エコーの腫瘍を認めた。腹部CTでは左腎腹側に突出した92×85mmの腫瘍を認め, low density areaが混在, 右腎にも50×25mmの-52HUのCT値を有する腫瘍を認め, 左腎血管筋脂肪腫腫瘍内出血および, 右腎血管筋脂肪腫と診断。症状の安定, 貧血の進行を認めず, 経過観察としたが, 第10病日, 突然左季肋部痛が増強し, 腫瘍内再出血と診断し, 左腎動脈塞栓術を施行。術後は, 腎機能も保たれ, 経過良好である。

腎オンコサイトーマの1例: 勝野 暁, 磯部安朗, 福原信之, 西村達弥, 岩崎明彦, 三嶋 敦, 弓場 宏, 大村政治, 斎藤政彦, 日比初紀, 辻 克和, 高士宗久, 岡村菊夫, 下地敏雄, 大島伸一 (名古屋大) 症例は67歳, 女性。肺炎にて近医で精査中, CTにて左腎腫瘍を指摘され, 1997年2月12日当科入院となった。理学所見では特に異常を認めず, IVPで左上腎杯の圧排を認めた。CTにて腫瘍は充実性で一部隔壁構造が認められ, 造影CTで隔壁構造を伴う内部均一な低吸収域として認められた。左腎動脈造影では腫瘍内の血管増生は明らかでなかった。左腎腫瘍の診断のもと同年3月7日根治的腎摘除術を施行した。腫瘍は左腎上極に位置し大きさは4×4×4.5cm, 断面は茶褐色を呈していた。病理学的診断は好酸性細胞を有する腎オンコサイトーマであった。術後, 特に問題なく退院となった。

気腫性腎盂腎炎の2例: 高村真一, 杉本雅一 (厚生連海南) 気腫性腎盂腎炎は腎内外にガスを発生する重篤な化膿性尿路感染症である。われわれは糖尿病に合併した気腫性腎盂腎炎の2例を経験したので報告する。〔症例1〕患者は61歳の女性で30年前より糖尿病を, 指摘されていたが, 1996年7月15日より全身倦怠感と発熱があり, 尿WBCおよびCTにて左気腫性腎盂腎炎と診断。保存的治療に反応せず一週間後に腎摘施行。術後急速な全身状態の改善をみている。〔症例2〕患者は84歳の女性で, 症例1と同様の所見で来院。症例1と同様の検査で左気腫性腎盂腎炎と診断。CT所見より腎保存は不可能と考え, 速やかに腎摘を行い, 急速な全身状態の改善をみている。〔考察〕気腫性腎盂腎炎は, 保存的治療が, 困難と考えられたら, 速

やかに腎摘術も含めた外科的治療に移行することが大切と考えられた。

非外傷性腎被膜下血腫の1例：宮川真三郎，内藤和彦，浅野晴好（愛知済生会） 83歳，女性。両側腎囊胞，腎石灰化の既往歴有り。1997年1月18日突然の左側腹部痛，嘔気，嘔吐出現。1月19日当院受診となる。急性腹痛として精査したところ，CTで左腎被膜下血腫を認めた。腎機能障害（BUN 48.7 mg/dl，クレアチニン 3.7 mg/dl）も起こしていたが，入院後バイタルサインが安定していたこと，症状増悪がないことより，保存的療法で経過観察した。病状が安定したところで，選択的左腎動脈造影施行したが明らかな腫瘍病変，血管奇形は認めなかった。本症例は，腎囊胞よりの出血にて左腎被膜下血腫を形成したものと思われた。3月2日退院とし，現在外来通院中であるが，CT上左腎被膜下血腫は，ほぼ消失し，腎機能はBUNが34.6 mg/dl，クレアチニンが2.3 mg/dlまで下降している。

急性腎不全を伴った横紋筋融解症の1例：内藤和彦，宮川真三郎，浅野晴好（愛知済生会），松井基治（南生協） 54歳，男性。アルコール性肝障害と心不全にて入院加療の既往あり。1996年6月15日より食思不振，四肢の脱力感が出現。同年6月18日，路上で倒れているのを発見され救急車にて来院し，入院となる。入院時検査にて，CPK，GOT，LDHなどの著名な上昇と，BUN，Crなど腎機能の低下が認められる。入院後，尿量の減少，腎機能の悪化を認めたため，第2病日より血液透析を導入する。その後の検査にて血Mb，尿中Mbの上昇が認められたため横紋筋融解症による急性腎不全と診断される。その後は，CPK，GOT，LDHの各種酵素は徐々に減少し，それと共に尿量の増加と腎機能の改善も認められる。第28病日には透析を離脱し，第58病日に退院となる。退院後9カ月経過した現在も，腎機能の悪化を認めず，完全社会復帰を果たしている。

小児の先天性腎盂尿管移行部狭窄症に対する腹腔鏡下腎盂形成術の経験：近藤哲志，水谷一夫，山田 伸，松浦 治，小野佳成，近藤厚生（小牧市民） 症例は6歳女児。1996年5月の学校検診にて蛋白尿を指摘され6月20日当院小児科を受診。著明な左水腎症を認めたため7月23日当科紹介となった。約3cmにわたる先天性腎盂尿管移行部狭窄症を認め，腎盂拡張も著明であったため8月16日腹腔鏡下に dismembered pyeloplasty を施行した。側臥位，後腹膜アプローチにて腎盂尿管移行部を切断後，余剰腎盂を Endo GIA ステイプラーにて切離し，切断腎盂下端と狭窄部を切除した尿管を4-0 合成吸収糸を装着した Endo Stich にて結節縫合した。手術時間は5時間1分，出血量は30 ml，術中合併症も認めなかった。術後経過は良好で水腎，腎機能ともに改善し術後9カ月を経過した現在外来にて経過観察中である。

後腹膜孤立性神経線維腫の1例：青木雅信，中野 優（榛原病院），千 正鎬（同内科），太田信隆（焼津市立総合），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 70歳女性。1996年10月20日頃，心窩部痛出現し10月30日当院内科受診。腹部エコーで後腹膜に mass を認め10月31日内科入院。既往歴に胆石，糖尿病，家族歴は母親が膵臓癌。入院時検査では内分泌学的データを含め異常はなかった。CTでは右腎内側に径6cmの low density な mass を認め，動脈造影では hypovascular であった。後腹膜原発の神経原性腫瘍を疑い，1997年1月8日当科再入院し1月27日経腹膜腫瘍摘除術施行。腫瘍の大きさは60×60×35 mm，重量は70gで断面は充実性，黄白色で光沢があった。病理診断は神経線維腫であった。術後経過は良好で2月18日退院し，現在再発は認めていない。後腹膜孤立性神経線維腫は稀で，自験例は本邦27例目と思われた。

術後5年目に転移をきたした悪性褐色細胞腫の1例：窪田裕樹，坂倉 毅，田中創始，小島祥敬，秋田英俊，安井孝周，戸澤啓一，岡村武彦，上田公介，郡健二郎（名古屋市大） 27歳，男性。高血圧と脂肪肝の精査中，CTで右副腎腫瘍を疑われ，1991年10月当科紹介となった。画像診断および右副腎静脈血中のカテコラミン濃度の上昇から，右副腎褐色細胞腫と診断し，1991年11月に経腰的右副腎摘除術を施行した。病理診断は褐色細胞腫であった。1996年9月，¹³¹I-MIBG シンチにて多発性骨転移および多発性肺転移を認め，再入院となった。CVD 療法を3コース施行したがNC。CEP 療法を2コース施行したがNCであった。褐色細胞腫は良性と悪性の病理組織学的鑑

別が困難であり，術後長期にわたる経過観察が必要とされる。悪性褐色細胞腫の手術不能例に対しては種々の治療法が行われているが，その効果は不十分であり，有効な治療法の確立が望まれる。

急性腹痛にて発症したパラガングリオーマの1例：山本直樹，高橋義人，河田幸道（岐阜大），兼松雅之（同放射線） 40歳女性，急激な下腹部痛，発熱を主訴に当院救急外来受診。現症として高血圧，頭痛は認めないが臍部に腫瘤を触知する。エコー，CTにてL4の高さの腹部大動脈の左側に接し内部壊死を伴っていると思われる腫瘤を認めた。種々の検査より転移性腫瘍は否定的で鑑別のために各種カテコールアミンを測定したところ血中，尿中ノルアドレナリン，尿中メタネフリン VMA が高値を示した。MIBG シンチにて腫瘤に一致した部位に集積を認め，パラガングリオーマと診断した。術中，術後に高血圧，低血圧を認めず，術後体温は平熱に，下腹部痛は消失した。パラガングリオーマ（褐色細胞腫）はカテコールアミン過多による症状を呈することが臨床に多いが，今回われわれが経験したように急性腹痛を呈することもあり鑑別疾患の一つとすべきと思われた。

Vanishing testis にみられた鼠径部異所性副腎：窪田泰江，林祐太郎，梅本幸裕，田貫祐之，山本洋人，河合憲康，藤田圭治，上田公介，郡健二郎（名古屋市大） 症例は1歳3カ月男児。主訴は左非触知精巣。3カ月検診で初めて指摘されたが1年間経過観察されていた。初診時右精巣は正常大で陰嚢内に触知したが，左精巣は陰嚢・鼠径部に触知できなかった。入院後腹腔鏡を準備した上で inguinal exploration を施行したところ，鼠径管内に細い索状物を認め，それを陰嚢方向にたどっていくと小豆大の腫瘤を認めた。腫瘤の径は約8 mm であり，精巣萎縮の診断で摘出術を行った。病理組織検査の結果，精巣と思われた部分はコラーゲン線維と小血管よりなり，精巣組織は認めなかった。また精索と思われる部分には2×1 mm 大の異所性副腎を認め，薄い被膜の内側に副腎皮質組織の球状層・束状層・網状層がみられたが，副腎髓質組織は認めなかった。術後経過は良好。

後腹膜性腺外胚細胞腫瘍の1例：文野美希，松浦 浩，金井優博，吉村暢仁，曾我倫久人，鈴木竜一，脇田利明，佐谷博之，奥野利幸，林 宣男，有馬公伸，柳川 眞，川村壽一（三重大），藤川真二，杉野雅志，堀内英輔（市立伊勢総合） 症例は39歳男性。主訴は背部痛。腹部CTでは腎門部から腎下極下2cmに至る腫瘤を認め，AFP 71.8 ng/ml，LDH 424 IU と高値を示していた。両側精巣は触診，超音波検査，CT，MRI，にて異常認めず。右肺尖部に3×3 cm 大の転移巣が認められた。開腹生検で yolk sac tumor と診断，PVB 療法4クール施行。化学療法終了後，AFP，LDHとも正常，腫瘤の縮小率は94%であり，腫瘍摘出術および後腹膜リンパ節廓清術を施行した。肺転移巣は著明に縮小し，tumor marker の陰性化と後腹膜リンパ節廓清術で viable cell が認められなかったことより，外科的切除を行わず，経過観察することとした。

Psoas hitch 法併用による尿管膀胱新吻合術が有効と思われた小児巨大尿管症の4症例：伊藤 徹，星長清隆，泉谷正伸，樋口 徹，森紳太郎，平野眞英，丸山高広，窪田裕輔，月岡靖彦，白木良一，堀場優樹，名出頼男（保健衛生大） 膀胱尿管新吻合（UCN）に際し，長い粘膜下トンネルの作成が必要な巨大尿管症（手術時年齢1～7歳）に対し psoas hitch 法を併用して，良好な結果であった小児例を報告し，UCNにおける psoas hitch 法の有用性と適応につき検討した。psoas hitch 法は初回手術では拡張尿管と萎縮膀胱と認めた1症例に施行し，再手術例ではVURの残存した1例と尿管下端狭窄をきたした拡張尿管を伴った2症例に施行。尿管膀胱吻合の再手術例あるいは巨大尿管症例において，十分な長さの粘膜下トンネルを作成する必要のある場合には本法が有用と考えられた。

腹部刺創による尿管損傷の1例：西尾芳孝，大堀 賢，青木重之，西川英二（名古屋掖済会），西垣美保（同外科），瀧 知弘，津津英捷（愛知医大） 33歳男性。精神分裂症の既往があった。1997年2月13日自殺目的に在側腹部を包丁で刺し，翌朝救急車にて当院救命救急センターに搬送された。来院時，意識は清明で，ショック，貧血などの所見は示さなかったが，創部より小腸の脱出を認めたため，緊急開腹術となった。術中UPJより約10cmの左尿管に完全断裂が確認され，当科へ依頼となる。切断された尿管は，近位，遠位端ともに斜めに切開しなおし，6Fr 26 cm DJ カテーテルを留置し，water tight

に tension のかからぬように吸収糸にて端々吻合した。術後は経過良好で、一過性の吻合部狭窄を認めたものの、何もせず2カ月目には改善した。腹部創による尿管損傷は稀で、本邦では7例目であった。診断で最も重要なことは、外科医がその疑いをもって術中に精査することである。

膀胱癌肉腫の1例：内田克典，保科 彰，永野道夫，松本純一（山田赤十字） 患者は73歳，女性，肉眼的血尿を主訴に当科受診，膀胱腫瘍の診断で精査，加療目的に7月15日入院となった。入院時血液検査で好中球優位の白血球増加，G-CSF の増加が認められた。TUR 生検にて高分化型扁平上皮癌とまた錯走配列した異型性の強い紡錘形細胞の混在が見られ，いわゆる膀胱癌肉腫と診断した。いわゆる癌肉腫とは癌腫と肉腫の混在したものの総称であり近年電顕，免疫染色の発展のもと発生学的に細分化されるようになってきた。本症例では癌腫部分は上皮性のマーカーである keratin の染色が陽性であった。肉腫部分は非上皮性のマーカーである vimentin の染色が陽性，myoglobin の染色は弱陽性であったことから肉腫部分は筋への分化が示唆された。一方顆粒球コロニー刺激因子は染色されなかった。

M-VAC 動注および全身療法により膀胱温存可能となった浸潤性膀胱腫瘍の1例：森紳太郎，白木良一，星長清隆，伊藤 徹，平野眞英，窪田裕輔，丸山高広，樋口 徹，月脚靖彦，泉谷正伸，堀場優樹，名出頼男（保健衛生大）。60歳男性，肉眼的血尿にて来院。膀胱鏡にて膀胱三角部右側に膀胱腫瘍を認めた。病理組織診断は TCC G3 pT2 LY (+) V (+)。膀胱全摘を拒絶したため M-VAC 動注療法を3コース施行す。その結果病理学的に膀胱局所は腫瘍 Free となるも，約6カ月後に右腸骨動脈および大動脈周囲にリンパ節転移をきたした。M-VAC 全身療法4コースにてリンパ節転移は完全に消失した。治療開始後2年3カ月の現在，CR を維持している。原発巣に対しては M-VAC 動注療法が有効であったが，リンパ節転移には無効と考えられた。本例より，浸潤性膀胱腫瘍に対する M-VAC 動注療法は局所療法であり，所属リンパ節に対する効果は不十分である可能性が高いと考えられた。

尿管管囊胞の1例：原田雅樹，斎須和浩，水野卓爾，平野恭弘，渡辺哲也，石川 晃，宇佐美隆利，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 症例は，30歳男。1996年10月，臍より排膿を主訴に当院第二外科を受診する。腹部エコー等にて尿管管囊胞と診断され保存的に治療が行われたが排膿が続くため入院，切開排膿を行い，同年11月手術目的にて当科に転科となった。転科時排膿はなく血液・尿所見に異常は認められなかった。瘻孔造影像では臍より膀胱にむかう造影剤の貯留が認められ，膀胱鏡検査では膀胱内に異常は認められなかった。また腹部 CT において，下腹部正中線上に囊胞性病変が認められた。同年11月22日，全身麻酔下に臍と膀胱頂部を含む尿管管囊胞切除と膀胱形成術を行った。摘出標本は全長 15 cm で組織学的に悪性像は認められなかった。術後経過は良好で同年12月退院となった。以上を，若干の文献的考察を加え報告した。

骨盤内平滑筋腫の1例：山本茂樹，長井辰哉，甲斐司光，田中篤史（西尾市民），近藤哲志（小牧市民） 82歳，男性。1997年2月頻尿を主訴に当科受診。直腸内指診，エコーにて膀胱後部の腫瘍を疑い，造影 CT 施行したところ軽度造影される膀胱後部腫瘍が膀胱，直腸を圧排していた。経直腸エコーにては内部エコーはほぼ均一，辺縁平滑で前立腺との境界明瞭な腫瘍を認めた。造影 MRI では腫瘍は不均一に軽度造影されており，周囲組織との境界は明瞭で，平滑筋腫が最も疑われたが，病理組織学的診断が必要と考えエコーガイド下に経陰陰的，経直腸的に針生検を施行したところ異型性に乏しく，細長い核をもつ紡錘形細胞の錯綜配列を認め，平滑筋腫と診断された。腫瘍摘出術について患者，家族の同意が得られず嚴重に経過観察している。膀胱後部腫瘍は比較稀な疾患で，この症例では各種画像診断にて良性腫瘍の可能性が高いと考えられたが確定診断のためには生検が必要であった。

尿失禁を主訴とした遺残ガーゼ迷入による膀胱異物の1例：加藤久美子，鈴木弘一，佐井紹徳，村瀬達良（名古屋第一赤十字），河合隆（一宮市民） 72歳女性。既往歴に1992年12月の陰的子宮全摘，前後陰壁形成術。1995年4月より切迫性尿失禁，頻尿が継続し，某医での内服で不変，8月当科紹介。尿沈査で赤血球多数/hpf，白血球 10～

15/hpf。腹部単純写真の異常陰影（43×37 mm，淡い陰影の中に線状に濃い部分）と膀胱鏡で膀胱結石と診断し，1995年9月膀胱高位切開術。1枚の遺残ガーゼの周囲に結石形成したもの判明した。結石分析はリン酸 Ca 75%，炭酸 Ca 25%。10カ月までの経過観察で症状は消失している。膀胱外に遺残したガーゼが膀胱壁を貫いて膀胱異物となることは比較稀で，調べ得た本邦例は自験例を含め16例，他が経腹的手術後であったのに対し，自験例は経陰的手術後であった。泌尿器科でも腹圧性尿失禁などへの経陰的手術が増加しており，ガーゼ遺残に注意したい。

タイプ III 腹圧性尿失禁に対し，尿道周囲コラーゲン注入療法を行った1例：後藤百万，吉川羊子，近藤厚哉（碧南市民） 63歳女性。4年前腹圧性尿失禁に対し Stamey 手術を受けたが，改善不良のため受診。膀胱内圧測定では，20年前の子宮癌に対する広汎子宮全摘と放射線治療によると思われる低活動型神経因性膀胱，低コンプライアンス膀胱（8.3 ml/cmH₂O）を認めた。膀胱尿道造影では膀胱頸部開大を認め，leak point pressure は 30 cmH₂O と低いためタイプ III 腹圧性尿失禁と診断した。尿失禁は60分パッドテストで 120 g 以上と高度であった。尿流測定では腹圧ボタンであるが，最大尿流率 24 ml/sec で，残尿は認めなかった。1997年2月经尿道的コラーゲン注入を行い，膀胱頸部粘膜下に 2.1 ml を注入した。術後，昼間尿失禁はほぼ消失し，夜間は寝過ぎと失禁がみられる。術後尿流測定で最大尿流率は 18 ml/sec へ低下したが残尿は認めない。

VESICA® の臨床経験：田中篤史，長井辰哉，甲斐司光，山本茂樹（西尾市民），後藤百万，吉川羊子，近藤厚哉（碧南市民），近藤哲志（小牧市民），榊原敏文（榊原泌尿科・内科クリニック） 症例は，46歳から68歳の女性，6例。膀胱脱，子宮脱の1例を除き他の5例は，腹圧性尿失禁を認めた。VESICA® の原法に沿ったものが3例，腔スリング法と組み合わせたものが1例，Stamey 法と組み合わせたものが，2例であった。VESICA® のキットを用いる方法の特徴としては，恥骨にアンカーを設置することであり，挙上の基部としての安定性に優れている。患者の術後のつっぱり感も少ない。恥骨子宮頸筋膜の挙上は Z 字状に取りこんで糸のみで行うものである。後部尿道膀胱角の術後の改善は，VESICA® 以外の膀胱挙上術に比べて，やや少なめであるが，現在のところ尿失禁はほぼ全例で改善している。長期的な成績については，これからの経過観察が必要であると思われる。

女子尿道完全断裂の1例：高山達也，大平智昭，海野智之，麦谷荘一（聖隷三方原），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 19歳，女性。人馬転による骨盤骨折のため当院救急科へ入院。尿道カテーテルを挿入するも尿の流出なく，尿道損傷を疑われ当科を紹介。既往歴に症候性てんかん。下腹部は膨隆。外陰部に出血なし。腹部 CT で膀胱周囲に血腫および造影剤の溢流を認め，CT 後 KUB で膀胱は恥骨結合より 8 cm 上方に偏位。尿道造影で小骨盤腔への造影剤の溢流を認め，尿道完全断裂と診断。経皮的膀胱瘻を造設し，受傷後3日目に膀胱頸部と尿道を端々吻合し，腔前壁外膜裂傷を縫合した。術後30日目に尿道カテーテル抜去。術後43日目に膀胱瘻抜去。術後47日目に退院。術後3カ月で排尿障害を認めていない。女子尿道損傷は内外を含めて文献上66例の報告があり，尿道完全断裂は23例あり，膀胱頸部完全断裂は3例のみであった。

陰茎絞扼症の1例：古瀬 洋，福田 健，北川元昭，阿曾佳郎（藤枝市立総合），澤裕一郎，伊藤正樹，宮城島俊雄（同口腔外科） 69歳，男性。1992年頃陰茎を増大させる目的で，銅製のナット数本で陰茎を絞扼した。陰茎腫脹著明となり，1997年2月17日当科受診。陰茎根部に銅製のナット7枚が装着しており，陰茎絞扼症と診断した。陰茎の壊死や潰瘍，尿道皮膚瘻は認めず，尿道からの排尿も可能であった。2月18日に硬膜外麻酔下に異物切断術ならびに経皮的膀胱瘻造設術を施行。異物の切断は歯科用エアーターピンを用いて行い，7枚すべてを除去し得た。手術時間は1時間43分であった。術後陰茎の腫脹は軽減し，特に合併症も認めなかった。術後13日目に膀胱瘻を抜去し，26日目に退院した。陰茎絞扼症は現在までに85例が報告されており，自験例が86例目であった。また，硬性絞扼物の除去には歯科用エアーターピンの使用が有用であると考えられた。

陰茎海绵体腫瘍の1例：亀田晃司，深津孝英，米村重則，芝原拓児，村田万里子，黒松 功，木瀬英明，小林一昭，山川謙輔，林 宣男，有馬公伸，柳川 眞，川村壽一（三重大），金原弘幸（上野総合市民） 72歳男性。陰茎体部無痛性腫瘍を主訴とし1996年1月初旬当科外来受診。局所所見等より，陰茎腫瘍が疑われ入院。精査後，穿刺術施行。細胞診はclass 2，細菌培養はno growth。ついで陰茎体部生検を施行。病理検索結果より陰茎海绵体腫瘍と診断，抗生剤投与にて炎症軽快し退院。その後，舟状窩背側への膿汁排出，尿漏出および疼痛出現し，逆行性尿道造影施行。海绵体部，背側への造影剤の漏出および貯留を認め尿道バルーンカテーテル挿入。1997年1月末再入院。経皮的膀胱瘻造設後尿道カテーテル抜去，抗生剤投与にて軽快した。この疾患は非常に稀な疾患で本例は文献上本邦7例目である。再燃例が多く難治性のため今後充分な経過観察が必要と思われた。

包皮内および膀胱に結石を合併した真性包茎：永田大介，佐々木昌一，伊藤恭典，橋本良博，山田泰之，中平洋子，上田公介，郡健二郎（名古屋大） 32歳，男性。幼児期より排尿困難を自覚。十数年来尿蛋白・尿潜血あり，1997年4月肉眼的血尿出現し当科受診。真性包茎・包皮内硬結ならびにKUBで膀胱結石（4×3 cm・3.3×3 cm）龟头部石灰化を認めた。触診上包皮内に可動性の結石様小硬結を認め，包皮内結石と診断し，包皮環状切除を施行。包皮嚢内に米粒から空豆大の結石を多数認めた。膀胱結石に対しては膀胱碎石術を施行したが，硬度が高く後日膀胱切石術を施行した。包皮内結石成分はリン酸マグネシウムアンモニウム・リン酸カルシウム・炭酸カルシウム（成分比率不明），膀胱結石はシュウ酸カルシウム40%・リン酸カルシウム38%・炭酸カルシウム22%であった。また排尿困難は術後改善したが，残尿を多量に認めたためCICを指導し退院となった。

非麻痺患者に対する麻酔下電気射精の経験：伊藤裕一，小谷俊一，武田宗万（中部労災），甲斐司光（西尾市民） 後腹膜リンパ節廓清術後，DMなどの知覚麻痺のない射精障害症例11例に対し，9例で全身麻酔下，2例で脊髄麻酔下に，経直腸プローベによる電気射精を施行した。うち6名（55%）が採精可能で，精子数0から285×10⁶/ml，平均96×10⁶/ml，運動率0から50%，平均22.5%であった。このうち3名でのべ7回のAIHを施行したが，残念ながらまだ妊娠例はない。副作用としては一過性の下肢の痙攣，と肛門出血があったが，いずれもごく軽度であった。また麻酔の影響は認められなかった。電気射精では高い採精率であるにもかかわらず，AIHでの妊娠率は決して高くない。これはえられる精子の質に問題があると考えられ，今後はARTの併用を行う必要があると考えている。

愛知県下における前立腺生検に関するアンケート調査報告：杉村芳樹，山田泰司，日置琢一（愛知がんセ），小川和彦（四日市社会保健），山本雅史（国立京都），渡邊 決（京府医大） 愛知県下にて前立腺がん検診を始めるにあたり，愛知県下243施設に前立腺生検に関するアンケート調査を施行した。本検診は当科および疫学部の協力のもとに，財団法人，愛知県健康づくり振興事業団が行うもので，55歳以上の男性を対象にしたPSA単独による検診であり，市町村および事業所が実施主体となり胃および成人病検診と同時に行われる。PSA値異常（4.0 ng/ml以上）の患者には，精密検査を任意の泌尿器科施設にて受けるよう通知されるシステムである。今回のアンケートの結果を見るかぎり，各施設での前立腺生検手技と適応は一定していないと考えられ，各生検施設における前立腺生検の手技と適応のコンセンサスが望まれた。

Etoposideによる二次性白血病の発症を認めた前立腺癌の1例：吉川羊子，近藤厚哉，後藤百万（碧南市民），杉原卓朗（同血液内科） 76歳，男性。他院泌尿器科にて1991年7月より前立腺癌（中分化，stage C）に対し内分泌療法施行中，PSAの再上昇を認めたため，1995年9月1日から96年5月2日までetoposide 50 mg/日の内服を隔週で投与された。1996年12月に高度の貧血を認め，精査の結果急性骨髓性白血病（M5a）と診断され，加療目的にて当院血液内科に入院となった。骨髄染色体および遺伝子検査では46，XY，t（9；11）（p22，q23）で，MLL遺伝子の再構成を認めetoposideによる二次性白血病と診断された。白血病に対する化学療法は施行せず一時自然寛解が認められ，2月27日に退院した。しかしながら，3月中旬より白血病細胞の皮膚浸潤が発現し再入院。1997年4月22日に死亡した。

乳頭状囊胞腺癌を合併した前立腺癌の1例：小林康宏，西山直樹，藤田民夫（名古屋記念） 70歳男性。肉眼的血尿を主訴に当科受診。直腸診では前立腺左葉に弾性比較軟な超クルミ大の腫瘍をみとめた。超音波，CTでは前立腺左葉被膜下に25 mm大の壁の不整な囊胞を指摘。

γ-Sm 5.1 ng/ml PSA 17.0 ng/mlと腫瘍マーカーは高値を示した。吸引細胞診では疑陽性であったが，針生検にて腺癌を認めたため前立腺全摘出術を施行。病理診断では囊胞部に乳頭状囊胞腺癌を認めた。前立腺実質内にも腺癌がみられたが両者は細胞形態，発育様式が明らかに違う事から異なるものと考えられた。乳頭状囊胞腺癌は本例が本邦4例目と考えられた。術後3カ月の時点では再発もなく生存中である。